

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBINSOHN Ignace

Né le 17 Juin 1908, à Cernauti (Roumanie)

**Contribution à l'étude
DE
L'HYDROCÉPHALIE FŒTALE**

Président de Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

PARIS

—
1935

222

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBINSOHN Ignace

Né le 17 Juin 1908, à Cernauti (Roumanie)

Contribution à l'étude DE L'HYDROCÉPHALIE FŒTALE

Président de Thèse : M. COUVELAIRE, Professeur

LIBRAIRIE LIPSCHUTZ

4, Place de l'Odéon

PARIS

—
1935

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies du système nerveux	H. CLAUDE.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	PROUST.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMATRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	BEZANÇON.
Professeurs sans chaire.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Physiologie.....	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENÈQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGRAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.....	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ABTAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
HARVIER.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
SEZARY.

Clinique
médicale

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOCQUOT.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.
ECALLE
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale..

V. — CHARGÉS DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Puériculture

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDOUX-LEBARD.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

Un faible témoignage de mon affection.

A mon frère et à tous les miens

A mon Président de thèse

Le Professeur COUVELAIRE

Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider
cette thèse.

A Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et dont la simpli-
cité, profondément humaine,
vis-à-vis de ses malades et de
tous ceux qui l'entourent et
qui l'estiment à l'égal d'un
père, nous a laissé une impres-
sion impérissable.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'idée de cette thèse m'a été suggérée par mon maître, M. le Docteur Devraigne, qui m'a engagé de m'occuper de tous les cas d'Hydrocéphalie observés dans son service en espace de dix années soit entre 1924 et 1934 et de faire une comparaison avec d'autres statistiques.

HISTORIQUE

Il y a tout lieu de supposer que l'hydrocéphalie était connue des anciens, toutefois les médecins de l'antiquité n'en parlent que d'une façon confuse et l'on n'en trouve aucune mention dans les œuvres d'Hippocrate et de Celse.

Gallien le premier décrit des collections liquides siégeant entre les os et le cerveau. Dans Léonide d'Alexandrie on trouve la question traitée avec une

certaine étendue mais seulement sur l'hydrocéphalie acquise.

Quant au diagnostic de l'hydrocéphalie avant l'accouchement ou pendant le travail il ne paraît pas avoir beaucoup préoccupé les médecins de l'antiquité; ce n'était pour eux qu'une surprise de l'accouchement qu'ils ne tentèrent jamais de prévoir et a plus forte raison de traiter.

De même dans les ouvrages relativement récents, l'incompétence a ce point de vue particulier, paraît avoir été également absolue.

Il faut arriver au début du XVIII^e siècle pour trouver les premières observations qui se rapportent à cette question; elles furent publiées par de la Motte en 1721 (1). C'est instruit par ce dernier que Smellie (I/I) put faire pendant le travail le diagnostic de l'hydrocéphalie, qu'il taita même par la perforation du crâne.

Quoique n'ayant à sa disposition que le même et unique moyen d'investigation : le toucher, Baudeloque en 1787 le premier affirma qu'un examen attentif devait permettre de reconnaître l'hydrocéphalie d'après l'état des sutures et des fontanelles, le durcissement de la tête pendant les douleurs « comme le fait la poche des eaux ». (2)

Quelque 40 ans après, Blot (3) appela à son aide l'auscultation. Malgré tous ces travaux le diagnostic de

(1) DE LA MOTTE, *Traité d'accouchements*.

(2) BAUDELOQUE, *Art des accouchements*.

(3) BLOT, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1853.

l'hydrocéphalie fut une rareté. Depuis lors des nombreux accoucheurs se sont efforcés de trouver le mot de l'énigme et particulièrement M. Pinard et Vallier qui ont fixé d'une façon précise les éléments du diagnostic. Aidés par tous ces travaux M. Boissard, Fabre et Connet (de Lyon) sont venus apporter de nouvelles contributions à l'étude du diagnostic précoce de l'hydrocéphalie et à la thérapeutique qui lui convenait (4).

(4) *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris et de la réunion obstétricale de Lyon*, 1908.

GENERALITES

DÉFINITION

Deux variétés d'hydrocéphalies ont été étudiées par les auteurs, a savoir : 1. une hydrocéphalie congénitale (celle qui nous intéresse a priori) liée à un vice de conformation du cerveau et apparaissant durant la vie intrautérine II. une hydrocéphalie acquise dont la formation a lieu pendant les premiers temps ou les premières années qui suivent la naissance.

PATHOGÉNIE

L'hydrocéphalie résulte de la présence d'un obstacle à la circulation ou à la résorption du liquide céphalo-rachidien. Issu du sang des plexus choroïdes, ce liquide s'écoule des ventricules latéraux dans le troisième ventricule, parcourt l'aqueduc de Silvius et le quatrième ventricule, gagne ensuite par le trou de Magendie et les trous de Louschka les espaces sousarachnoïdiens au niveau du confluent postérieur.

Une partie du liquide descend dans le rachis et va baigner la moëlle; l'autre contourne le bulbe, traverse les confluent antérieur et supérieur et arrive à la sur-

face des hémisphères cérébraux. Finalement le liquide céphalo-rachidien est repris par les sinus veineux du crâne. (Dandy)

Tout obstacle siégeant sur ce long trajet détermine l'accumulation du liquide en amont du point oblitéré et provoque une hydrocéphalie plus ou moins étendue. L'ensemble des ventricules cérébraux est distendu par le liquide au point que le cerveau se trouve réduit à l'état d'une mince coque de substance nerveuse.

L'aqueduc de Silvius est souvent atrésié et le quatrième ventricule intact. D'autres fois le quatrième ventricule participe à la distension qui peut même s'étendre au canal central de la moëlle. Cette hydropisie cavitaire du nevraxe est l'hydrocéphalie interne.

Quant l'obstacle siège à la surface du cerveau et particulièrement au voisinage des sinus veineux, le liquide s'accumule non seulement dans les cavités ventriculaires, mais aussi dans les espaces arachnoidiens. L'hydrocéphalie est à la fois interne et externe. Enfin il arrive que le cerveau ne forme plus, dans une vaste cavité remplie de liquide céphalo-rachidien qu'un petit moignon nerveux situé en arrière du sphénoïde. Cette hydrocéphalie externe pure beaucoup plus rare est habituellement désignée sous le nom d'hydropisie anencephalique.

ÉTIOLOGIE

Les causes qui amènent l'hydrocéphalie congénitale sont peu connues. Consanguinité, vieillesse ou déchéance physique des parents, alcoolisme, (Cœlis) ébriété

du père au moment de la conception, syphilis chez le père, (Fournier) excès de coït contusions et compressions du ventre pendant la grossesse, constriction de la tête pendant l'accouchement etc. sont des causes invoquées tour à tour par les auteurs, mais dont l'efficacité est fort problématique. Il paraît prouvé néanmoins que le crétinisme alterne volontiers avec l'hydrocéphalie dans une même famille et qu'une femme qui a donné le jour à un hydrocéphale peut en procréer successivement plusieurs autres. Gœlis parle d'une femme qui engendra toute une lignée de six hydrocéphales.

TÉRATOLOGIE

L'hydrocéphalie débute probablement très tôt au cours de la grossesse, on l'a observée chez un fœtus de trois mois. (Winckel) Elle s'accompagne souvent d'autres malformations ou de maladies du fœtus ou de l'œuf qui sans doute reconnaissent la même origine. Ce sont à peu près dans l'ordre de fréquence : la spina bifida, le pied bot, le bec de lièvre, l'ascite congénitale, l'hydramnios, le rachitisme fœtal, l'absence congénitale d'un rein etc.

Quand l'hydrocéphalie est modérée, la tête fœtale est peu modifiée dans son volume et sa forme. Dans les formes plus accentuées, elle prend un aspect qui caractérise le contraste entre le crâne énorme et la face toute petite et comme cachée sous la saillie des bosses frontales. Parfois dolichocéphale le plus sou-

vent brachicéphale, la tête peut atteindre des dimensions énormes, jusque 81 centimètres de grande circonférence et 45 cm de bipariétal. Les chiffres moyens sont 45-50 cm pour la circonférence et 12-15 cm pour le diamètre bipariétal.

La quantité de liquide céphalo-rachidien contenue dans la boîte crânienne varie beaucoup; elle peut atteindre 10 litres mais est en moyenne de 1000-1500 grammes. Fluide incolore d'une densité de 10008, de réaction alcaline, ce liquide renferme peu d'albumine.

L'hydrocéphalie congénitale s'accompagne d'altérations profondes du cerveau, tant aplasiques qu'atrophiques. On y observe parfois des lésions de sclérose. Le crâne est plus ou moins modifié : D'ordinaire les os, mal ossifiés, sont minces et parcheminés avec des zones circulaires ou ovalaires au niveau desquelles le tissu osseux fait défaut. D'autres fois au contraire l'ossification est solide et l'on observe même des synostoses de certaines sutures. Le caractère le plus fréquent et le plus marquant de l'hydrocéphalie consiste dans l'élargissement des espaces membraneux, sutures et fontanelles qui deviennent énormes. La suture sagittale peut atteindre une largeur de plusieurs cm. et la grande fontanelle présente les dimensions de la paume de la main. En résumé, la majeure partie de la voûte du crâne devient membraneuse ce qui explique la fluctuation perçue au toucher et surtout au palper combiné d'une tête d'hydrocéphale.

ACCOUCHEMENT ET HYDROCÉPHALIE

Positions.

Le fœtus se présente presque toujours verticalement, en sommet ou en siège, ce qui est dû à ce que la tête volumineuse ne trouve à se loger qu'au niveau des pôles de l'utérus.

Le plus grand développement du fond de cet organe rend compte de la fréquence des présentations du siège qui s'observent ici dix fois plus souvent qu'à l'état normal. La présentation de l'épaule est très rare, celle de la face exceptionnelle.

DIAGNOSTIC

La grossesse évolue comme une grossesse normale. Le ventre est fortement distendu, la hauteur utérine et la circonférence ombilicale sont exagérées. Au palper quand il s'agit d'une présentation du sommet, la tête reste élevée. Quand elle est suffisamment dure pour permettre la céphalométrie, on obtint des chiffres élevés pour la diamètre vertical et transversal supérieurs.

En dehors de quelques cas rares d'hydranios, la tête ne ballote pas. Entre elle et le tronc existe, plus ou moins net un sillon circulaire en coup de hache sur la valeur sémeiologique duquel Fabre a attiré l'attention. Le foyer d'auscultation des bruits du cœur, particulièrement élevé se trouve à la hauteur ou même au-dessus de l'ombilic. Dans la présentation du siège, les signes apparaissent moins nettement. Il est souvent

difficile de sentir dans le fond utérin, la tête volumineuse, peu ballottante, n'offrant qu'exceptionnellement de la crépitation parcheminée ou de la fluctuation. La radiographie pourra venir en aide du diagnostic. Toutefois il faut noter que la tête hydrocéphale se laissant aisément traverser par les rayons X, les images radiographiques sont souvent floues. (Fabre et Trillat).

Dès que le col est ouvert et surtout quand les membranes sont rompues, le doigt reconnaîtra la tête hydrocéphale à ses sutures et fontanelles fortement élargies et à la mollesse de ses os. Le palper combiné permettra parfois de reconnaître au niveau d'une suture élargie la sensation de flot. Dans la présentation du siège la malformation reste souvent méconnue jusqu'au moment du dégagement de la tête. Le toucher permet alors de reconnaître que la tête est retenue au détroit supérieur; on sent les fontanelles latérales très élargies et en plaçant la main sur le fond de l'utérus on se rend compte du volume exagéré de la tête.

En cas de doute dans le diagnostic il faut introduire la main dans l'utérus de façon à explorer complètement les sutures et les fontanelles et atteindre la face toute petite en regard du crâne.

Il est arrivé de prendre la tête d'hydrocéphale pour la poche des eaux et de la ponctionner. La macération fœtale peut également donner lieu à des erreurs, bien que la tête n'y soit pas augmentée de volume et qu'au lieu d'être écartés les os chevauchent. Ainsi que l'ont signalé Bonnaire et Narich il faut se

garder de tenir pour hydrocéphale une tête simplement mal ossifiée avec des espaces membraneux plus larges et une crépitation parcheminée. Dans ces cas la tête conserve un volume normal.

En cas de rétention de la tête dernière, la présence d'une spina-bifida, de pieds bots ou de tout autre malformation fera penser à l'hydrocéphalie. Le cri hydrocéphalique de l'enfant, l'examen attentif des fontanelles pourront éveiller des doutes que confirmeront l'illumination du crâne dans la chambre noire et surtout l'autopsie.

DYSTOCIE.

L'accouchement à terme est le plus souvent impossible. Exceptionnellement, on pourra assister à une terminaison naturelle quand la tête n'est pas trop grosse, ou quand même volumineuse, elle s'étire, se lamine et finit par se dégager. Parfois l'accouchement se produit grâce à l'éclatement de la poche céphalique sous l'effort d'expulsion. Dans ces cas le liquide céphalo-rachidien s'écoule par les oreilles, par la bouche ou encore se répand sous la peau du crâne. Dans la majorité des cas il faut intervenir.

Dans les présentations du siège l'accouchement spontané possible, dépend également du volume de la tête hydropique, qui peut se réduire par éclatement. On a vu également des accouchements spontanés à la

suite de l'évacuation du liquide au niveau d'une spina-bifida rompue.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'hydrocéphalie congénitale est grave pour la mère que menace la rupture utérine. En effet le segment inférieur de l'utérus déjà fortement distendu pendant les derniers temps de la grossesse par le volume de la tête, atteint rapidement la limite de l'extensibilité.

La déchirure survient habituellement à la région latérale du côté du front, soit spontanément, soit le plus souvent à la suite de manœuvres obstétricales. On a signalé des fistules vésico-vaginales par compression prolongée des parties molles. A ces dangers s'ajoutent celui de l'infection consécutive à la durée prolongée de l'accouchement et aux opérations que nécessite sa terminaison, celui des hémorragies post partum qui résultent de l'atonie par surdistension utérine. La réunion de plusieurs statistiques donne une mortalité de 10 %.

La situation du fœtus est encore plus grave, car abstraction faite des risques si grands qu'il court pendant l'accouchement, l'hydrocéphale n'a que peu de chances de survivre et dans ces cas, très rares il reste frappé d'idiotie. Pour cette raison il ne faudra jamais hésiter à sacrifier l'enfant dès que l'hydrocéphalie dument diagnostiquée apporte un obstacle à l'accouchement.

Au moindre risque de rupture utérine on ne doit pas hésiter à perforer le crâne ce qui amène une forte réduction de la tête et permet l'extraction au cranioclaste.

TRAITEMENT

Toujours tardif et inopérant, le traitement de l'hydrocéphale né vivant ou de l'hydrocéphalie qui apparaît dans les semaines qui suivent la naissance, vise d'un côté la suppression de la cause, d'un autre la résorption ou l'évacuation du liquide. Traitements préventifs spécifiques des mères durant la grossesse. Quoiqu'il en soit le Bordet-Wassermann et Vernes doivent être faits chez la mère et l'enfant.

Mais c'est la seconde indication, pour l'enfant, la seule que connussent les anciens auteurs, qui a excité à un haut degré leur ingéniosité. A tour de rôle on a préconisé les diurétiques, les sudorifiques, les purgatifs, les altérants et parmi eux le calomel dont on a fait une sorte de traitement spécifique.

Viennent ensuite les moyens qui agissent directement sur l'épanchement; ce sont : la compression du crâne et la ponction. La ponction a été préconisée à l'étranger et surtout en Angleterre. En France, elle n'a fourni qu'une carrière peu brillante; elle a échoué entre les mains de Dupuytren, de Breschet et de rares chirurgiens l'ont tentée depuis. Le lieu d'élection a varié selon les opérations. Pendant que les uns choisissent

saient la suture frontale, d'autres préféraient la fontanelle ant. d'autres enfin la suture fronto-pariétale.

La quantité de liquide retirée chaque fois a beaucoup varié aussi et l'on est arrivé comme le demandait Giraldés, à ne pas dépasser 50-100 gr.

G. Fanconi rapporte qu'à l'hôpital d'enfants de Zurich on a au cours des six dernières années pratiqué 150 encéphalographies dont trois cas ont été suivis de mort. Dans deux cas, cette méthode n'a pas été en cause. En outre dans cinq cas il a constaté une méningite aseptique, qui est apparue quatre fois après une seconde insufflation. Il semble donc que cette complication survienne après sensibilisation. Mais d'une façon générale cette intervention est très bien supportée et la quantité d'air n'est pour rien dans les complications.

Il conclut que la détermination de la pression du liquide céphalo-rachidien, l'encéphalographie et la ventriculographie ont une grande importance au point de vue diagnostique et la diminution de la pression intracrannienne, accompagnée ou non d'insufflation est souvent utile. Dans les divers cas d'hydrocéphalie observés par Fanconi, la réaction de Wassermann n'a été positive qu'une fois et la syphilis n'a été démontrée qu'une fois chez les parents.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

9 Janvier 1927. R. Constance 31 ans, 2^e pare, un accouchement à terme d'un enfant mort né. Dernières règles du 28 Avril 1920 Premières douleurs du 8 janvier 5 h. Dilatation complète à 14 h. 45 et rupture spontanée des membranes. Accouchement prématuré au terme de 8 mois environ d'un fœtus mort et macéré hydrocéphale paraissant 6 mois environ. La femme ne sentait plus remuer depuis 2 mois. Délivrance normale complète.

OBSERVATION II.

16 Juillet 1927. T. Elise 32 ans. III^e geste, dernière règles du 4 Octobre 1926, près du terme. Premières douleurs le 14 juillet à 25 h. dilatation complète le 16 à 17 h. Sommet O. I. G. A., duré totale du travail 41 heures. Femme ramenée de chez une sage-femme pour disparition des bruits du cœur et hydrocéphalie. Accouchement normal d'un enfant mort-né pesant 5.770 gr. Diamètres : OM. 17,5, OF 16,5, Bi P 8,5 Bi F 9,5 SOB 12,5, SOF 12, SBM 15. Délivrance naturelle complète pesant 680 gr., friable et présentant un point douteux.

OBSERVATION III.

24 Aout 1927. S. Panugre 37 ans, I^e geste, dernières règles 8 novembre 1926 à terme, premières douleurs 25 août, dilatation complète le 25 à 23 h 30. Rupture des membranes précoce, présentation du sommet, Le 14 à 3 h. 15 accouchement normal d'un enfant hydrocéphale mort et macéré de 3300 gr. délivrance naturelle complète 530 gr. Diamètres : SOB II, 5; BP II,5; SOF 14; SMB 10; OF 15; SOM 16; BT 9,5.

OBSERVATION IV

3 Octobre 1927, H. Jeanne 35 ans III^e geste, 2 accouchements à terme, enfants vivants, dernières règles du 19 janvier 1927, à terme premières douleurs le 2 octobre à 17 h. rupture des membranes le 3 octobre à 7 h. 30. sommet O. I. G. A. — O. P. abaissement du pied pour activer le travail (procidence du cordon, fœtus mort), accouchement d'un garçon mort, macéré et hydrocéphale, dégagement de la tête long 30 minutes et pénible, dystocie des épaules, liquide amniotique très fétilé roussâtre, temp. 38,5 sucre dans les urines, garçon pesant 3.400 gr. de livrance 450 gr.

OBSERVATION V

6 Octobre 1927 D. Constance 43 ans X^e geste, 9 accouchements dont 8 sommets acc. normaux, 3 enfants

décédés de cause inconnue, un siège mort à 15 mois, même procréateur, premières douleurs le 5 oct. à 1 h. rupture spontanée tempestive des membranes le 6 oct. à 0 h. 30, O. I. D. P. — O. P., accouchement artificiel d'une fille morte macérée (liquide amniotique sanguinolent. 1° perforation du crâne hydrocéphale au ciseaux de Blot 2° Cranioclasie et extraction, dystocie des épaules et cleidotomie, fille pesant 3.200 gr. délivrance 450 gr. complète et naturelle ayant un aspect atrophique avec cotyledons blancs et durs, urines albumineuses, tension au Vaquez 18 1/2 — 11 1/2, après la délivrance 14 - 8.

OBSERVATION VI.

12 Novembre 1927, A. Geneviève 32 ans, II^e geste, mère bien portante, père décédé péritonite, frères et sœurs bien portants, réglée irrégulièrement depuis l'âge de 15 ans, antécédents path. néant première grossesse en 1919 accouchement prématuré de 8 mois, garçon vivant pesant 1.250 gr. décédé à un mois de méningite, délivrance et suites de couches normales, dernières règles de la grossesse actuelle du 20 mars examen à l'entrée le 12 nov. à 1 h. 30 tête en bas engagée, on remarque une consistance assez molle de la tête, à l'auscultation pas de bruits du cœur, la femme dit ne plus sentir remuer depuis le 7 nov., dilatation 5 francs, à 4 h. 55 dil. compl, 5 h. 10 rupture spontanée de la poche des eaux et accouchement prématuré de 7 mois

et demi d'une fille morte macérée et hydrocéphale présentant une circulaire serrée autour du cou. Cordon 75 cm. l'enfant pèse 2.075 gr. délivrance naturelle complète 470 gr. placenta chair à saucisses B. W. négatif.

OBSERVATION VII.

8 Avril 1929 E. Elisabeth 33 ans IV^e geste 2 accouchements à terme, 1 enfant décédé à 9 mois de bronchopneumonie, l'autre à trois semaines d'érysipèle du cordon, un accouchement prématuré à 8 mois, enfant bien portant, même procréateur. Dernières règles du 14 juillet 1928, prem. douleurs le 8 avril à 18 h. 30, présentation céphalique, rupture artificielle des membranes le 8 à 12 h. Perforation du crâne hydrocéphale aux ciseaux de Blot, naissance d'une fille morte pesant 3150 gr., délivrance naturelle complète 480 gr. temp. et urines normales.

OBSERVATION VIII.

5 Mai 1929 Ch. Rosalie, 23 ans, I^e geste soignée à St-Louis pour Sigma albuminurique pendant la grossesse. Dernières règles du 22 août 1928, placenta prævia. Premières douleurs le 3 mai à 21 h. rupture spontanée de la poche des eaux le 5 mai à 5 h. 10. présentation du sommet, forceps Tarnier, extraction d'une fille morte hydrocéphale pesant 1950 gr., délivrance artificielle immédiate, insertion marginale, 300 gr temp. et urines normales, durée totale du travail 32 heures.

OBSERVATIONS IX.

28 Juin 1929 R. Lucienne 32 ans, 1^e geste, dernières règles du 20 octobre, premières douleurs le 27 juin à 20 h. rupture spontanée de la poche des eaux le 28 à 6 h. 35, présentation du siège en S. I. G. à accouchement prématuré au terme de 6 mois, arrêt des règles de 8 mois, retention de deux mois, garçon mort macéré hydrocéphale, albumine depuis le 4^e mois de la gestation, délivrance naturelle, membranes déchirées incomplètes, placenta à infarctus blancs, temp. et urines normales enfant 900 gr. le délivre 150 gr.

OBSERVATION X.

5 Décembre 1928 A. Arlette 16 ans 1^e geste, dernières règles du 28 février 1928, premières douleurs le 5 décembre, rupture spontanée prématurée des membranes survenue le 27 novembre, présentation du sommet en O. I. G. A. perforation après dilatation aux bougies de Hegar et pose d'un ballon de Champetier de 150 gr. accouchement 7 heures après d'une fille morte hydrocéphale de 2.650 gr, délivrance naturelle complète pesant 390 gr.

OBSERVATION XI.

8 Janvier 1930 J. Hélène, 24 ans, III^e geste, 2 accouchements normaux, enfants vivants, même procréateur, dern. règles du 20 mars, terme, premières dou-

leurs le 9 janvier, présentation du siège complet en S. I. D. T. rupture spontanée des membranes le 8 janvier à 20 h. 30. Accouchement spontané en siège décomplété mode des fesses d'un enfant hydrocéphale mort, à gros abdomen pieds bots et achondroplase, pesant 1.400 gr. Délivrance naturelle compl. 350 gr. temp. et urines normales. La femme présente une éruption cutanée généralisée.

OBSERVATION XII.

16 Janvier 1930 P. Marie 17 ans, 1^e geste, dern. règles du 25 avril. terme, rupture de la poche de seaux le 16 janvier à 15 h. Présentation du sommet. Accouchement naturel, expulsion laborieuse d'une tête en O. P., une circulaire serrée sectionnée. Extraction des épaules sous anesthésie. Garçon mort, macéré et hydrocéphale pesant 3.030 gr., hématome du cordon, délivrance nat. complète 600 gr. temp, et urines normales.

OBSERVATION XIII.

10 Juin 1930 D. Léonie 25 ans, II^e geste, un accouchement normal enfant vivant, changement de procréateur. Dernières règles du 16 octobre 1929, premières douleurs le 13 juin à 19 h. Rupture spontanée précoce des membranes. Présentation du siège en S. I. D. T. Pose d'un ballon de Champetier de 300 gr. pour lenteur du travail, temp. 38 pouls 120. Accouchement

prématuré au terme de 7 mois et demi environ en siège décomplété mode des fesses, embryotomie pour rétraction du col sur tête dernière, enfant mort macéré et hydrocéphale présentant de l'ascite pesant 3030 gr. délivrance art. pour hémorragie pesant 500 grammes.

OBSERVATION XIII.

21 Octobre 1931, A. Stéphanie 32 ans, 1^e geste, dern. règles??? prem. douleurs 19 oct. rupture artif. des membranes le 21 oct. à 17 h. 40. Présentation céphalique en O. I. G. A. — O. P., perforation d'une suture au trocart, aussitôt la tête descend dans l'excavation, écoulement d'environ 300 gr. de liquide céphalo-rachidien. Forceps Tarnier en O. I. D. T. pour inertie utérine et extraction d'une fille vivante pesant 2.900 gr. délivrance naturelle complète 450 gr. température et urines normales.

OBSERVATION XV.

21 août 1932, M. Suza, 3^e geste. Un enfant hydrocéphale décédé immédiatement après la naissance, un second décès une demi-heure après son extraction. Césarien-itérative pour bassin généralement rétréci 10,3 suivie de ligature et section des trompes. Extraction d'un garçon hydrocéphale mort 40' après pesant 3.090 gr. Délivrance immédiate artificielle 660 gr.

OBSERVATION XVI.

10 novembre 1932, A. Germaine, 23 ans, 1^e geste. Parents bien portants, réglée à 11 ans, 1/2, ayant eu la scarlatine dans l'enfance, la diphtérie et une stomatite en Avril 1932. Procréateur 22 ans bien portant. Début du travail le 9 Novembre à 16 h. 30, dilatation complète à 2 h. le 10 nov. Rupture spontanée des membranes, liquide amniotique teinté. Accouchement normal à 2 h. 45 au terme de 8 mois environ d'une fille morte, macérée et hydrocéphale pesant 2.450 gr. Délivrance naturelle et complète 450 gr.

OBSERVATION XVIII.

1^{er} décembre 1932, P. Juliette, 23 ans, 1 geste. Avortement en un temps d'un fœtus macéré hydrocéphale de 250 gr. Délivrance 130 gr.. Rétention de 4 mois environ.

OBSERVATION XVIII.

23 janvier 1933, C. Raymonde, 21 ans, 1^e geste. Régulée irrégulièrement depuis l'âge de 14 ans. à 7 ans pneumonie et nombreuses bronchites. A 16 ans une angine grave. Durant la grossesse une intoxication par des moles.

Dernières règles du 23 avril procréateur 25 ans bien portant. A partir du 5^e mois léger excès de liquide.

Premières douleurs le 23 janvier à 0 h. 15. Dilatation complète à 14 h. Rupture pécoce des membranes liquide aniniologique en excès. Présentation céphalique en O. I. G. A. — O. P. A 9 h. tête en bas mobile semblant volumineuse et molle. Dos à gauche, bruits du cœur positif. Dilatation à 2 h. On sent au travers des membranes une tête particulièrement molle et des sutures élargies. A 11 h. 30 on diagnostique hydrocéphalie avec ramollissement des os du crâne, la poche des eaux est rompue et la tête semble vouloir s'engager. A 14 h. dilatation complète, on sent une bosse volumineuse à la partie basse de l'excavation. A 17 h. 45 après une épisiotomie gauche, accouchement normal d'un garçon vivant pesant 2.950 gr. Il présente outre son hydrocéphalie un bec de lièvre double. (Voute et voile du palais) et une atrophie des organes génitaux externes. A 18 h. 15, délivrance naturelle et complète pesant 530 gr. Diamètres : OM 17,7, OF 14,2, Bi P 12,5, BT. 11 SOB 13, SOF 17,5 SMB 14,6.

OBSERVATION XIX.

28 août 1933, C. Suzanne, 23 ans, 3^e geste, 1^{er} accouchement à terme et une prématuré (7 1/2) enfants bien portants. Dernières règles 22 novembre 1932, avec de liquide. Premières douleurs 28 Août à 4 h. Rupture spontanée précoce des membranes le 26/8 à 10 h. Présentation céphalique en O. I. C. A. — O. P. Basiotrypsie sur tête première hydrocéphale,

excès de liquide, infection amniotique température 39°.

Extraction d'une fille de 2580 gr. Délivrance artificielle 460 gr.

OBSERVATION XX.

9 avril 1934, D. Jeanne, 27 ans, 3^e geste. Parents bien portants, une sœur bien portante à marché à 1 an, réglée à 14 ans. A eu la coqueluche, rougeole, varicelle, entérite. 2 accouchements normaux, enfants bien portants. Dernières règles du 7 juillet (2) 1933. Procréateur 24 ans bien portant. Premières douleurs le 8/4 à 12 h. dilatation complète le 9/4 à 2 h. 30. Rupture de la poche des eaux spontanée le 8/4 à 22 h. 30. Présentation O. I. G. A. — O. P. Accouchement le 9/4 à 2 h. 45 d'une fille en état de mort apparente présentant une hernie fœtale contenant du geste et le foie, rate surnuméraire et une légère hydrocéphalie. Poids de l'enfant 1820 gr. Délivrance naturelle 500 gr.

OBSERVATION XXI.

17 août 1934, H. Madeleine, 35 ans, 4^e geste, 3 accouchements normaux enfants bien portants. Dernières règles du 3 novembre 1933. Hémorragie nocturne à 7 mois 1/2. Premières douleurs le 17 Août. On diagnostique de l'Hydrocéphalie confirmée par la Radiographie. Présentation du sommet.

Basiotrypsie à 15 h. à dilatation petite paume. il s'écoule une grande quantité de liquide céph.-Rachidien 30' après accouchement naturel à terme d'une fille morte pesant 3150 gr. Délivrance naturelle complète 520 gr.

CONCLUSION

L'hydrocéphalie congénitale dans sa forme accusée constitue une importante cause de dystocie qui est loin d'être rare si on la compare aux autres malformations. Madame La Chapelle en avait observé 15 cas sur 45.595 accouchements, soit environ un sur 3.000, Sichel un sur 65.500, soit un sur 6000, Winkel 8 sur 1500, soit un sur 1875. A la clinique de Prague on trouve 7 cas sur 11.200 accouchements, soit un sur 1600, Herfurth compte dans un espace de 10 ans 16 hydrocéphales sur 17.841 naissances, soit environ un cas sur 1100, Brindeau un sur 1.500. Il y a donc des différences sérieuses entre les diverses statistiques. La cause doit être recherchée dans ce que les grandes maternités, recoivent tous les cas dystociques et que les moyens d'investigation modernes permettent de déceler l'anomalie là ou l'on pouvait ne pas la soupçonner autrefois.

Les statistiques établies à la clinique Baudeloque dans le service du Professeur Couvelaire donnent 23 cas sur 20.372 accouchements, soit environ un sur 900.

Les registres d'accouchements de la maternité de Lariboisière ont fourni 21 observations sur une tota-

lité de 22.133 accouchements pratiqués dans ce service du mois de février 1925 jusqu'au mois de décembre 1934, soit un cas sur 1054 naissances.

Les causes en sont assez obscures. On remarque un cas de syphilis confirmée chez la mère. Il s'agit dans la presque totalité des cas de femmes jeunes, la plupart en bonne santé, de procréateurs jeunes, ne paraissant pas tarés non plus. Le changement de ces derniers ne s'enregistre d'ailleurs pas toujours lors de l'apparition de l'anomalie. On remarque un cas d'hydrocéphalie à répétition.

Nous soulignons l'importance de la précocité du diagnostic, dont dépend le sort de la mère menacée de rupture utérine et d'infection. Dans tous les cas, l'enfant ne compte pas.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

